

124

THÈSE
DE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy-Alphonse CADET

de la Faculté de Médecine de Paris

Né à la Réunion, le 4 Juin 1906

**Contribution à l'étude
de
l'Epithélioma primitif
de la trompe de Fallope**

Président M. le professeur **LENORMAND**

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE

N°

THÈSE
DE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Guy-Alphonse CADET

de la Faculté de Médecine de Paris

Né à la Réunion, le 4 Juin 1906

**Contribution à l'étude
de
l'Epithélioma primitif
de la trompe de Fallope**

Président M. le professeur **LENORMAND**

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

—
1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT }
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENÉTRIÈR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale.....	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophthalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

Pharmacologie	MM. BUSQUET.
Obstétrique	{ GUENIOT. LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

Clinique médicale	MM. ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LÉRÉ.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MM. MAUCLAIRE, pro- fesseur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

faible témoignage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

A MES FRERES ET SŒUR

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND

hommage respectueux.

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONCANY

*Chirurgien de l'Hôpital de Corbeil
qui s'est toujours montré d'une
extrême sollicitude pendant
la durée de notre internat.
Nous le remercions vivement.*

HISTORIQUE

Les tumeurs primitives des trompes n'étant pas d'une observation courante, les auteurs qui les signalent dans les traités classiques n'en parlent que très brièvement. Toutefois, on ne peut les considérer comme une rareté clinique : grâce aux nombreuses interventions pratiquées depuis ces dernières années sur l'utérus et sur les annexes, grâce surtout à l'analyse des observations publiées, leur existence et leur importance ont été démontrées. L'affirmation de leur rareté exceptionnelle mérite une certaine réserve. Leur diagnostic n'étant reconnu la plupart du temps qu'après examen post-opératoire, la collaboration plus étroite de la clinique et du laboratoire permettrait de reconnaître que certaines pièces réputées pyosalpinx sont en réalité des néoplasmes tubaires. Leur existence a été également méconnue pendant longtemps parce qu'elle était niée par d'éminents chirurgiens.

Les premières descriptions confuses et incomplètes ne précisaient pas si la tumeur était primitive ou secondaire, par métastase ou propagation d'une tumeur de l'ovaire ou de l'utérus. L'observation la plus an-

cienne est due à Raynaud qui, en 1847, joint à sa description macroscopique une planche représentant la lésion tubaire, planche qui permettra à A. Doran de conclure qu'il s'agit d'un cancer primitif.

La première étude microscopique est faite en 1861 par Rokitansky. En 1867, Scanzoni fait mention d'un cas d'infiltration cancéreuse de la trompe. Courly, en 1881, soutient que l'épithélioma de la trompe est exceptionnellement primitif, qu'il représente presque toujours l'extension d'un cancer ovarien ou utérin. Karl Shröder, de Berlin, écrivait même que le careinome des trompes n'était jamais primitif. Il faut arriver en 1888 pour rencontrer, dans le mémoire d'Orthmann, une étude d'ensemble de la question. Dès cette époque, les recherches de divers auteurs ont à peu près élucidé cette question. En 1889, Doran attire encore l'attention sur ces épithéliomes tandis que, dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbecq, Le Dentu et Bonnet reconnaissent que leur histoire clinique est des moins précises en raison de leur rareté et des difficultés de diagnostic qu'elles présentent.

Routier, en 1893, et Tuffier, en 1894, en publient chacun un cas.

Barth et Saenger, à la suite d'une étude anatomo-pathologique très précise des careinomes, en font, en 1895, une bonne classification.

En 1899, nous avons l'étude intéressante de Macrez sur les tumeurs papillaires des trompes. La même an-

née, Danel, dans sa thèse, embrasse toutes les tumeurs malignes primitives.

Dans la *Revue de Chirurgie* de 1901, on trouve une documentation très complète sur les diverses variétés des tumeurs des trompes due à Quénu et Longuet.

En 1910, la statistique, qui est de 100 cas, croît avec les publications de Lecène et de Gossel, et la thèse de Bourrely. En 1911 paraît la thèse de Anduze-Achère, de Toulouse. Au cours des années suivantes, Werner, Spencer, Thaler, Ruge II, apportent leur appoint à cette question.

En 1920, Albrecht fait une étude critique sur la coexistence du cancer et de la tuberculose des trompes; Leureh et Leroux, en 1922, publient un cas de cancer tubaire primitif bilatéral.

En 1923, Guillemin et Morlot font paraître, dans *Gynécologie et Obstétrique*, une étude anatomique très détaillée, tandis que Schaefer s'occupe du traitement radiothérapique. Dans leur traité de gynécologie, Faure et Siredey écrivent : « Le néoplasme et la stérilité doivent être attribués à la même cause, c'est-à-dire à l'existence des lésions inflammatoires anciennes et chroniques du côté des trompes.

Les derniers travaux d'ensemble parus en France ont été faits par Biar (thèse de Paris, 1924) et Estève (thèse de Montpellier, 1926).

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Qu'il s'agisse d'étiologie ou de pathogénie du cancer, notre ignorance est malheureusement à peu près complète.

Les conditions susceptibles d'influencer l'apparition ou l'évolution du cancer tubaire sont : l'âge de la malade, ses antécédents et sa vie sexuelle.

Toutes les statistiques établissent que le cancer tubaire apparaît presque toujours entre 40 et 50 ans. Aussi beaucoup d'auteurs se sont demandés si la ménopause ne jouait pas un rôle dans l'étiologie de cette affection.

Le fait que des altérations inflammatoires anciennes des annexes ont été fréquemment observées dans l'histoire clinique des malades atteintes d'épithélioma primitif des trompes a ouvert une longue discussion : est-ce l'inflammation qui engendre le cancer ou, au contraire, serait-elle secondaire à l'infection causée par le cancer? L'assertion de Saenger et Barth : « Il y a au point de vue pathologique général un fait très important : c'est la preuve certaine et qui ne supporte aucune exception, du développement du carcinome sur une base chroniquement enflammée », est certes exagérée. La seule constatation intéressante et digne

d'être notée, est qu'au niveau de la trompe, comme bien souvent en d'autres points de l'organisme, une lésion inflammatoire chronique préalable favorise l'éclosion du cancer. La femme de notre observation avait de la métrite glandulaire, diagnostic contrôlé au microscope, avons-nous le droit de conclure dans ce sens? Non, car l'infection pourrait être secondaire, d'autant plus que toute néoplasie à développement papillaire à la surface d'une muqueuse finit par s'infecter et infecter secondairement cette muqueuse. Aussi, est-ce à juste titre que Quénu et Longuet acceptent le rôle prédisposant des inflammations tubaires mais nient l'origine inflammatoire unique.

Comparativement au développement du cancer cutané sur les fistules tuberculeuses, il a même été dit que la tuberculose des organes génitaux de la femme crée une prédisposition au cancer de ces mêmes organes.

Dans le cas que nous avons observé, on pourrait également voir une prédisposition à la prolifération épithéliale maligne dans l'excitation de vitalité de l'épithélium tubaire dûe à l'existence des fibro myomes utérins.

Enfin, certains auteurs ont admis l'origine dysembryoplastique des néoplasmes tubaires, tandis que d'autres, dont Doran, ont prétendu qu'ils étaient toujours le résultat d'une dégénérescence maligne d'un papillome bénin préexistant. Cette seconde hypothèse peu vraisemblable d'ailleurs, est excessivement difficile à vérifier.

OBSERVATION

(*inédite, due à l'obligeance de Monsieur le Docteur
 Moncany.*)

Madame X..., âgé de 50 ans, va consulter le docteur Moncany en décembre 1926, pour une métrorragie abondante. Jusque-là ses règles, dont la durée était de 4 à 5 jours avaient toujours été régulières et indolores. En janvier et février tout rendre dans l'ordre. Cependant à partir de mars des hémorragies incessantes se produisent mais n'inquiètent guère la malade: elle ne souffre nullement, conserve son appétit et son poids, présente en somme un état général excellent.

La consultante est mère de deux enfants en bonne santé. Ses grossesses et accouchements ont été absolument normaux, elle n'a jamais fait de fausse-couche, pas de maladie grave antérieure, pas d'antécédent néoplasique dans sa famille. Cœur, poumon et foie sont normaux.

L'examen gynécologique révèle une ulcération bourgeonnante sur la lèvre antérieure du col de l'utérus. L'utérus un peu mou est légèrement augmenté de volume, il est en bonne position et mobile. Les culs de sacs sont souples.

Une biopsie est pratiquée le 19 mars par curage intra-utérin. Le laboratoire répond: « Hyperplasie de

la muqueuse utérine et réaction inflammatoire. Pas d'image de malignité. »

Le diagnostic de métrite glandulaire semble s'imposer et un traitement par le radium est entrepris; on en introduit deux tubes de 10 milligr. dans le canal intra-cervical. Non seulement les métrorragies persistent, mais elle présentent une fréquence et une abondance croissantes. L'échec de la radiumthérapie décide le Docteur Moncany à faire un curettage dont les débris sont examinés au point de vue histologique à l'Institut du Cancer: « aspect de métrite glandulaire, en quelques points prolifération épithéliomateuse qui affecte en général le type glandulaire typique, mais en d'autres points présente des figures de métaplasie malpighienne, quelques mitoses, rares monstruosité cellulaires. Stroma conjonctif en réaction inflammatoire ».

Devant ce début de transformation maligne, l'hystérectomie est proposée à la malade. Mais redoutant l'opération elle la refuse et rentre chez elle.

Le 27 juin 1930, elle rentre à l'Hôpital de Corbeil: elle a eu de nouveau une hémorragie importante alors que pendant 3 ans elle avait pu se croire guérie. A aucun moment elle n'avait souffert et les écoulements sanguins étaient taris. En l'interrogeant soigneusement nous parvenons à faire préciser qu'elle avait quelques flueurs blanches. Leucorrhée banale, semble-t-il, qui ne l'empêchait pas de continuer son dur métier de laveuse. Mais fait très intéressant, elle a présenté trois jours plus tôt une vomique salpingienne, qu'elle décrit parfaitement bien: après avoir ressenti pendant plusieurs jours une certaine pesanteur pelvienne elle perdit brusquement, au milieu de son travail « un flot d'eau sale d'abord, de sang ensuite ».

Nous sommes en présence d'une femme obèse, un peu pâle mais dont l'état général est resté très bon et dont l'appétit est conservé; elle n'a pas de troubles de la miction, ni de la défécation; ses urines sont normales, sa tension artérielle au Vaquez est de 13-8.

Au palper abdominal on trouve une tumeur mal délimitée, dure, indolente, mate à la percussion qui occupe la région hypogastrique; elle présente à droite une bosselure assez nettement perçue malgré une paroi abdominale très adipeuse.

Au toucher vaginal le doigt pénètre dans un cul de sac cicatriciel au-dessus duquel le palper combiné au toucher permet de sentir une grosse masse remontant au-dessus du pubis, masse très mobile, non douloureuse. Le col a complètement disparu sous l'influence de l'application antérieure de radium. Par ailleurs, rien d'anormal: l'abdomen est souple, il n'y a pas d'ascite. Il ne semble pas qu'il existe de métastase.

L'opération est pratiquée le 2 juillet. Après incision médiane sous ombilicale en position inclinée, émerge entre les lèvres de la plaie une tumeur du volume d'un gros œuf, développée aux dépens de la trompe droite, indépendante de l'ovaire. Cette tumeur lisse, de coloration grisâtre, de forme ovoïde n'est pas adhérente. Le corps utérin apparaît, augmente de volume, il contient dans son épaisseur plusieurs petits fibromes. Les annexes gauches semblent être saines. Le col est complètement cicatriciel. Les ganglions lymphatiques pelviens ne présentaient pas d'envahissement néoplasique apparent.

On fait une hystérectomie subtotale avec large thermocautérisation du col. L'état déprimé de la malade et son adiposité rendent la totale dangereuse.

Les suites de l'intervention ont été normales et cette femme opératoirement guérie quitte l'hôpital 15 jours après.

A la coupe, les parois de la tumeur apparaissent épaissies, la lumière de la trompe est occupée par un liquide sanieux et des villosités arborescentes provenant de la muqueuse. L'ostium abdominal est fermé, l'ostium utérin peu perméable.

L'histologie était indispensable pour compléter cet examen des pièces, mais d'ores et déjà on pouvait penser qu'il s'agissait d'un cancer primitif de la trompe. En effet le microscope nous montre que « la trompe droite est formée par une masse compacte constituée par des arborescences papillaires d'un épithélioma glandulaire typique et dont le stroma est souvent nécrotique. On voit de nombreuses mitoses et monstruosité nucléaires. A la périphérie on reconnaît une capsule musculo-conjonctive non envahie. A côté de cette tumeur existait une cavité kystique bordée par un épithélium cubique simple dans les zones les plus dilatées et stratifié ailleurs. L'ovaire est à peu près normal. Dans l'utérus on trouve quelques fibro-myomes interstitiels et quelques foyers inflammatoires, une atrophie considérable de la muqueuse qui, en quelques points cède la place à des ulcérations granulomateuses. On y découvre pas de cellules épithéliomateuses ».

En résumé il s'agit bien d'un épithélioma primitif de la trompe.

Cette histoire clinique présente des particularités qui méritent d'être signalées:

La durée considérable de l'évolution; puisque deux biopsies pratiquées par curage intra-utérin n'ont pu établir l'origine utérine des métrorragies suspectes.

Le radium n'a pas eu d'action sur les hémorragies.

Un nouveau curetage pratiqué un mois après la curiethérapie les supprime pendant trois ans.

Après cette longue période silencieuse, l'apparition d'une vomique salpingienne fait enfin soupçonner le diagnostic.

Nous avons revu Madame X... le 4 février 1931. Son état général est parfait et elle a repris sa vie active. Ses culs de sac vaginaux sont souples, son col utérin petit ne présente aucune particularité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les néoplasmes tubaires sont quelquefois méconnus et pris pour des lésions d'annexite banale si on a recours à l'examen histologique. Macroscopiquement ils ont une grande ressemblance avec les papilomes et les sarcomes. Certains auteurs ont même commis des erreurs sur leur interprétation histologique en songeant à une prolifération sarcomateuse alors qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Exceptionnellement, la malignité de la tumeur peut être reconnue par l'existence de nodules néoplasiques irréguliers qui se dessinent sous la tunique séreuse de la trompe. Mais dans la règle le diagnostic n'est soupçonné qu'après ouverture de la poche kystique : après écoulement d'un ichor de couleur variable on voit des villosités plus ou moins sessiles qui accusent une végétation active de la muqueuse. C'est une exagération de la disposition villeuse des plicatures tubaires.

L'affection est bilatérale dans un tiers des cas. La tumeur peut être adhérente ou libre; son volume varie de celui d'une grosse lentille à celui d'une tête d'adulte; elle affecte le plus souvent la forme d'un cylindre renflé à son extrémité externe, d'où sa com-

paraison avec un saucisson, un boudin, une crosse, une poire, etc... On observe fréquemment la coexistence d'un kyste ovarique accolé au pavillon de la trompe.

Le liquide évacué par incision du sac tubaire peut présenter les aspects les plus différents; son volume, minime dans certains cas, peut atteindre parfois 300 cmc.

La prolifération épithéliale, presque toujours de type papillaire, peut être encéphaloïde ou, exceptionnellement, du type squirreux.

Ces végétations manifestes dans de simples inflammations, prennent ici une importance et une évolution caractéristique. Comparées à des choux-fleurs, à des papilles choriales, elles peuvent même effacer complètement la lumière de l'oviducte. Molles et friables, elles présentent une coloration variable suivant leur degré de vascularisation ou de dégénérescence.

L'implantation de ces masses bourgeonnantes se fait sur la muqueuse, dans la partie qui répond à l'ampoule de Heule, à une certaine distance de l'isthme.

L'ostium abdominal est habituellement fermé tandis que l'ostium utérin conserve très souvent une certaine perméabilité. L'ovaire offre des lésions variables. Il est kystique; il est envahi plus ou moins par le néoplasme, il est le siège d'inflammation banale, parfois il est absolument sain.

A son début, l'épithélium présente deux types de

prolifération : le type papillaire et le type adéno-papillaire.

Dans le type papillaire, les cellules se multiplient activement et forment des bourgeons épithéliaux à la surface de la muqueuse. Ces bourgeons seront pourvus secondairement d'une mince trame conjonctive. A ce degré : épithélioma et papillome bénin se ressemblent beaucoup. Ces néoformations, au lieu de proliférer vers la lumière de la trompe, pénétreront en profondeur. Il se formera des îlots de cellules cancéreuses dans le sous-muqueuse, la tunique musculaire sera bouleversée, la séreuse perforée. L'épithélium, plus ou moins cylindrique, est unistratifié par places, mais en général il est multistratifié.

Des productions épithéliales diffuses, infiltrées, nettement alvéolaires, se rencontreront au dernier stade de malignité. Elles peuvent garder un certain aspect tubulé rappelant leur origine ou répondre à la description de l'épothéliome atypique par des cordons épithéliaux pleins.

Cylindrique typique à son origine, l'épothélioma ne tarde pas à devenir atypique par perte du caractère cylindrique de ses cellules. Il aboutira à la forme métatypique avec coexistence d'épithélium cylindrique et d'épithélium alvéolaire. Ces néoplasmes sont mous, médullaires, encéphaloïdes, leur stroma est toujours peu développé. La forme squirrheuse est excessivement rare.

Signalons enfin les formes métaplasiques qui se traduisent par l'apparition d'un épithélium pavimenteux.

En résumé, les épithéliomes primitifs de la trompe sont essentiellement cylindriques végétants ou arborescents.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Lorsque cancer de la trompe et cancer de l'ovaire se confondent, comment établir que la trompe est le siège primitif de la tumeur ? La différenciation se base sur les signes suivants :

1° Le point de départ du cancer primitif est dans la muqueuse, celui du cancer secondaire est dans la séreuse.

2° Dans les cancers de l'ovaire, les cellules gardent des caractères qui rappellent les cellules d'origine.

3° Le cancer de l'ovaire atteint rapidement de grandes dimensions.

4° L'ascite est exceptionnelle dans le cancer primitif. Elle est la règle dans les tumeurs végétantes de l'ovaire.

5° La morphologie et l'ordonnance des épithélium peuvent indiquer quel a été le point de départ de la tumeur.

ETUDE CLINIQUE

Le cancer primitif de la trompe présente une symptomatologie si variable que nous ne nous étendrons pas en longues considérations dans ce chapitre. Les cas publiés montrent nettement que le diagnostic n'a pu être fait que quatre fois, soit par la perception d'une tumeur en saucisson, soit par la constatation de vomiques salpingiennes, soit encore par l'analyse du liquide obtenu par ponction exploratrice. Les manifestations fonctionnelles sont :

a) Les douleurs; de siège très variable, à irradiations les plus diverses, offrent tous les degrés depuis la simple pesanteur jusqu'aux coliques les plus violentes. Elles sont continues avec des paroxysmes, paroxysmes souvent dus à la distension de la trompe par le liquide tubaire qui, faute de tension suffisante, ne peut s'échapper à l'extérieur. Une évacuation abondante de liquide séreux termine cette crise : c'est l'hydrops tubae profluens.

b) La leucorrhée continue ou intermittente, douloureuse ou indolore, peut être : blanchâtre, jaunâtre, jaune-verdâtre, jaune rougeâtre, aqueuse, sanieuse ou hemo-purulent.

c) Les troubles de la menstruation sont très fré-

quents, ils sont marqués par des ménorragies, métrorragies, dysménorrhée, aménorrhée.

d) Les phénomènes de compression du rectum et de l'uretère s'observent dans les cas avancés.

La difficulté d'interprétation des symptômes physiques est également très grande. Seule la tumeur est constante. Habituellement pelvienne ou abdomino-pelvienne, elle est plus souvent unilatérale que bilatérale. Après l'exploration du col et du fond de l'utérus, celle des culs-de-sac donnera de précieux renseignements, elle permettra d'apprécier les origines de la tumeur, ses limites, sa forme, son volume, sa consistance, sa sensibilité et sa fixité.

Le toucher rectal ne doit pas être oublié afin de s'assurer que le rectum n'est pas envahi.

Quant à la ponction exploratrice des culs-de-sac, elle ne semble pas être nécessaire. L'examen de l'écoulement recueilli à sa sortie de l'orifice cervical est un procédé plus simple et moins aléatoire. En outre, la ponction pourrait provoquer une péritonite dans le cas de collection suppurée ou ensemençer des cellules cancéreuses dans le cas de cancer.

Pour Kehrer, l'accroissement rapide de la tumeur serait un signe de grande valeur. Jacobi, lui, insiste sur l'accentuation des adhérences de la masse située dans le Douglas en l'absence de température.

Une hypertrophie ganglionnaire serait un argument en faveur du cancer; mais les ganglions sous-péritonéaux sont inaccessibles à l'examen et les adénopathies inguinale et sus-claviculaire ne sont pas d'un

grand intérêt : elles révèlent en effet l'état avancé du mal.

Enfin, l'ascite a été rencontrée quelquefois. Elle est libre et présente ses caractères cliniques habituels. Herbert Spencer a même publié un cas où le liquide épanché, en quantité considérable, s'accompagnait d'œdème des membres inférieurs et de dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

EVOLUTION

Abandonné à lui-même, le cancer primitif de la trompe a une évolution fatale. L'état général s'altère avec perte de forces et amaigrissement pouvant aller jusqu'à la cachexie.

Les envahissements néoplasiques peuvent se produire par voie lymphatique ou sanguine; l'ovaire est souvent atteint par voisinage, mais l'utérus est d'ordinaire le premier envahi. Les métastases se rencontrent dans les ganglions, le péritoine, l'estomac, l'intestin, le foie, le diaphragme ou le rein.

Des fistules tubo-rectales ont été signalées, la fièvre s'allume par infection secondaire et les malades succombent à un épuisement progressif. Certaines meurent d'urémie.

La durée ne peut être précisée. Alors que chez les femmes jeunes l'évolution est très rapide, Eglington cite des cas où la maladie se serait prolongée pendant une quinzaine d'années.

DIAGNOSTIC

Le tableau clinique si imprécis de l'épithélioma primitif de la trompe ne permet pas d'en tirer les éléments d'un diagnostic assuré. Malgré la grande difficulté d'interprétation des symptômes, nous essaierons d'en dégager les quelques points qui nous paraissent devoir être mis en lumière.

D'ordinaire, il est assez facile de différencier les tumeurs des annexes de celles de l'utérus; elles ont un siège latéral et ne se continuent pas avec lui. Par le toucher combiné au palper, on apprécie l'état de l'utérus, on complète au besoin l'examen par l'hystérométrie, la dilatation du col et la prise d'un fragment d'endomètre dont on fera l'histologie.

Lorsque la tumeur sera reconnue d'origine annexielle, il faudra en déterminer le point de départ et savoir si c'est l'ovaire ou la trompe qui lui a donné naissance. A ce moment, on aura encore une question très délicate à résoudre : la nature de la néoformation.

L'intérêt véritable est de déceler une néoplasie de la trompe avant toute extension. Si le cancer a diffusé non seulement le pronostic est plus réservé, mais sa localisation tubaire risque d'être méconnue.

Duret a écrit : « La symptomatologie des épithéliomes ressemble considérablement à celle des tumeurs végétantes de l'ovaire ». En effet, une tumeur pelvienne ou abdomino-pelvienne accompagnée de dou-

leurs, d'amaigrissement et d'ascite fera penser à un kyste papillaire de l'ovaire.

Une salpingite kystique pourra également égarer le clinicien. Ne retrouve-t-on pas dans la symptomatologie de cette affection : des douleurs, des pertes vaginales, des crises de coliques salpingiennes et une tumeur à sensibilité plus ou moins marquée?

La salpingite des vieilles femmes, apparaissant au moment de la ménopause ou après qu'elle est accomplie, vient encore augmenter les difficultés du diagnostic.

Nous ne ferons que mentionner les grossesses tubaires, la tuberculose et l'actinomycose et enfin la salpingite échinococcique dont Doleris a publié un cas en 1896.

Un mode d'écoulement propre au salpinx paraît acquérir une grande valeur dans les conditions d'âge formulées : c'est l'hydrops tubae profluens. Ce signe s'explique par la diminution de la perméabilité de l'ostium utérin. Ces décharges non périodiques, irrégulières, mais avec période de répit, facilitent beaucoup le diagnostic.

En conséquence, aux approches de la ménopause ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle, son accroissement rapide, l'accentuation de ses adhérences sans suppuration, la démonstration du siège non utérin d'un écoulement hémopurulent, l'absence de température et quelquefois la présence d'une adénopathie sus-inguinale feront songer à un cancer tubaire.

PRONOSTIC

Les auteurs ont à ce sujet les opinions les plus diverses. Certaines malades peuvent être considérées comme guéries après l'opération : c'est ainsi que Wiesinger signale des survies de treize ans. Mais malheureusement les récidives sont fréquentes, les plus précoces surviennent deux mois après l'ablation de la tumeur. En général, elles sont surtout à redouter entre six mois et deux ans après l'intervention. Elles entraînent rapidement la mort.

TRAITEMENT

La précocité du diagnostic domine toute la thérapeutique. On est unanime à reconnaître la nécessité d'enlever le mal le plus tôt possible et le plus largement possible. Il semble qu'il ne devrait plus exister de divergence pour savoir si l'intervention doit être restreinte à l'organe malade, à la trompe et à l'ovaire ou, au contraire, englober l'utérus.

Même en cas de siège unilatéral, l'hystérectomie totale s'impose. La seule conduite rationnelle est la suppression de tout l'appareil génital interne où des métastases interstitielles pourraient ne pas être soupçonnées au cours de l'acte opératoire.

CONCLUSIONS

1° La rareté de l'épithélioma primitif des oviductes est peut-être plus apparente que réelle. Sans examen histologique systématique, on peut parfaitement méconnaître une néoplasie tubaire et la prendre pour une lésion annexielle banale.

2° Cette affection se rencontre presque toujours aux environs de la ménopause. Par opposition aux autres cancer, celui-ci est quelquefois douloureux au début.

3° La symptomatologie n'est pas caractéristique. La constatation d'une tumeur en saucisson et la vomique salpingienne semblent devoir aiguiller un diagnostic hésitant.

4° Le cancer primitif de la trompe de Fallops est d'une grande malignité. Aussi l'intervention précoce et large s'impose-t-elle même dans les cas douteux.

Vu le président de la thèse :

LENORMAND.

Vu le doyen :

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS. — *Primary carcinoma of the Fallopian tube*. (Obst. Soc., London, 1903, 1904.)
- ANDUZE-ACHER. — Thèse de Toulouse, 1911.
- BADILE. — *Tumori 1823* : sur l'association de la tuberculose et d'une tumeur dans le même organe.
- BANISSER. — *Carcinoma of the Fallopian tube*. (Proc. R. Soc. méd., Londres, 1923.)
- BIAR. — *L'épithélioma primitif des oviductes* (1924).
- BOURRELY. — *Tumeurs primitives des trompes*. (Thèse Montpellier, 1910.)
- CULLEN. — *Carcinoma of the right Fallopian tube so large that it was readily palpable through the abdomen*. (Surg. Gyn. et Obs., Chicago, 1910.)
- CUMSTON. — *Primory carcinoma of the Fallopian tube*. (Inter. Clin., Phila., 1914.)
- DANEL. — *Tumeurs malignes primitives des trompes*. (Paris, 1899.)
- DISS et KUHLMANN. — *Bull. Soc. Anal. de Paris, 1823* : hyperplasie tuberculeuse de la trompe simulant un cancer.
- DORAN. — *Primary of the Fallopian tube*. (J. Obs. et Gyn. Brit. Emp., Londres, 1901 et 1910.)
- EWING. — *Neoplast discases, 1919*.

ESTÈVE. — Thèse de Montpellier, 1926.

FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*, 1923, p. 1119.

FONGO. — *Über das primäre tubenkarzinom*. (Zeutralbl f. Gynak., Leipzig, 1913.)

FORGUE et MASSABRON. — 1916.

GLENDINING. — *A note on the pread of carcinoma by the Fallopian tube*. (J. Obs. et Gyn. Brit. Emp., Londres, 1910.)

GRAD. — Bull. Womans Hosp., N.-York, 1914, n° 4.

GUILLEMIN et MORLOT. — *Cancer primitif de la trompe*. (Bull. Soc. Obs. et Gyn., Paris, 1922 et 1923.)

HANNECART. — *Note sur un cas de cancer primitif unilatéral de la trompe de Fallope*. (J. de chir. et ann. Soc. belge de chir., Bruxelles, 1901.)

KEHRER. — *Zur keuntins des primären tubenkarzinoms*. (Wien ined Woch, 1922.)

LECENE. — *Epithélioma primitif de la trompe*. (Ann. de gynéc. et d'obst., Paris, 1909.)

LIEPMANN. — *Kunz Handb der Ges Frauenheilk*, 1914.

MASSON. — *Tumeurs in traité de théér. et de path. méd.* Collection Sergent, 1923, t. XXVII.

MARCUS. — *The radiat of pain in lesions of the Fallop tube*. (British Med. J., 1923.)

QUÉNU et LONGUET. — *Tumeurs des trompes*. (Rev. de Chir., 1901.)

OLIVIER et MARTIN. — *Cancer de la trompe*. (Lyon Médical, 1921.)

ROKITANSKY. — *Lehrb der path. Anal* Wien, 1861.

ROUSSY et LEROUX. — *Diagnostic des tumeurs*, 1921.

ROBINSON. — *Primary carcinoma of the Fallopian tubes*. (Ann. J. Obst., N.-Y., 1919.)

ROLLIN. — *Epithélioma primitif des deux trompes de Fallope*.

SPENCER. — *Three cases of primary cancer of the Fallopian tube*. (J. Obst. et Gyn. Brit. Emp., Londres, 1910.)

SCHWARZ. — *A case of primary carcinoma of the Fallopian tube*. (Bull. Wornan's Hosp. N.-Y., 1917.)

TATE. — *Primary carcinoma of the Fallopian tube*. (Prov. roy. soc. med., London, 1909.)

VOINOT. — *L'épithélium de la trompe de Fallope chez la femme*. (Thèse, Nancy, 1900.)

WERNER. — *Archiv J. Gyn.* Berlin, 1914.

WEST. — *A clinical study of primary carcinoma of the Fallopian tube*. (Johns Hopkins Hosp. Bull. Baltimore, 1914.)

